



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικών και Καποδιστριακών  
Πανεπιστημίων Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α Ι Τ Η Σ Η

Προς: την Ιατρική Σχολή  
του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: .....

.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ: .....

.....

Α.Δ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....

EMAIL: .....

Σας υποβάλλω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά προς έλεγχο, προκειμένου να εγκριθεί και να ολοκληρωθεί η εγγραφή μου στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, σύμφωνα με την εγκύκλιο Φ.152/98277/Α5/07-09-2023 με την ειδική κατηγορία των «ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ – ΑΛΛΟΓΕΝΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ ΕΚΤΟΣ Ε.Ε. ΚΑΙ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΛΥΚΕΙΩΝ Η ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΚΡΑΤΩΝ-ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε.» για το ακαδημαϊκό έτος 2023-2024.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα συνημμένα πιστοποιητικά είναι γνήσια.

Με τιμή

Συνημμένα :

Ο / Η Αιτ..... και Δηλ.....

Υπογραφή